

通所介護及び横浜市通所介護相当サービス

重要事項説明書

社会福祉法人 伸こう福祉会

特別養護老人ホーム

クロスハート栄・横浜デイサービス

2025 年 06 月 01 日 改訂

通所介護および横浜市通所介護相当サービス
特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜 重要事項説明書

2024 年 6 月 1 日改訂版

1 クロスハート栄・横浜の概要

(1) 事業所の概要

施設名	特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜
所在地	〒247-0014 横浜市栄区公田町 1020 番地 5
電話番号	0 4 5-8 9 6-1 2 4 3 (通所介護直通)
F A X 番号	0 4 5-8 9 6-1 2 3 5
事業所番号	指定事業所番号 1 4 7 3 5 0 0 1 5 3 号
開設年月日	平成 1 2 年 6 月 1 日
敷地・建物概要	(契約形態) 自己所有 (建物) 鉄筋鉄骨地下 1 階、地上 3 階建 (床面積) 113.71 m ²
営業日	年末年始を除いた月曜日から土曜日の毎日
営業時間	8 : 30 ~ 18 : 00
サービス提供時間	通所介護及び介護予防通所介護 9 : 30 ~ 16 : 30
送迎実施地域	通常の業務の実施地域

(2) 当施設の職員体制

職と氏名	資 格	常勤	非 常 勤	兼 務	合計	業務内容
管理者		1 名	—	あり	1 名	生活相談員と管理者
生活相談員	介護福祉士及び 2 年以上の常勤	2 名	1 名	あり	3 名	通所介護計画の作成 送迎・入浴・排せつ・食事等 の援助
看護職員・ 機能訓練指導員	看護師	3 名	0 名	あり	3 名	健康管理・機能訓練に 関わる援助
	作業療法士	0 名	0 名	なし	0 名	
介護職員	介護福祉士	3 名	6 名	あり	9 名	入浴・排せつ・食事・機能訓 練・口腔ケア・栄養改善・送 迎等に係わる援助
	ヘルパー 2 級	0 名	1 名	あり	1 名	
	歯科衛生士	0 名	1 名	あり	1 名	
	社会福祉主事	0 名	0 名	なし	0 名	
	管理栄養士	1 名	0 名	あり	1 名	
	その他	0 名	3 名	あり	3 名	
その他の職員	運転	0 名	1 名	あり	1 名	送迎に係わる援助
合計		10 名	13 名		17 名	

※人員体制につきましては、職員の入・退職により若干の差異が生じる場合がございます。

(3) 当事業所の設備の概要

定員	37 名	トイレ	共有スペースに 4 箇所 (うち 2 ヶ所は車椅子対応) および浴室内 1 箇所
面積	113.71 m ²	静養室	あり (2 ベッド)
浴室設備	一般浴槽・車椅子リフトあり	設備	トイレ、洗面、エアコン、 パワーリハビリ (6 機)、 送迎車 7 台

2 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

法人の理念である「たくさんのよきものを人生の先輩たち、後輩たち、そして地域に捧ぐ」を基本とし、「杖の代わりに」をモットーにサービス提供を行っております。

(2) サービス提供のために

事 項	備 考
従業員への研修の実施	入職時の OJT に加え、全体研修については月に 1 回実施しています また外部講習を適宜受講させております
マニュアルの整備状況	スタッフマニュアル、ケアマニュアル、緊急時対応マニュアル等を整備しております

(3) 事業の目的

通所介護事業、介護予防通所介護事業及び第一号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）の適正な運営を確保する為に人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護者、要支援者又は事業対象者に対し、事業所の生活相談員及び機能訓練指導員、看護師、准看護師等の看護職員、介護職員、歯科衛生士が当該事業所において排泄、食事等の介護、入浴の介助、その他日常生活上の世話又は支援、機能訓練等の適切な介護、介護予防通所介護事業及び第一号通所事業を提供する事を目的とする。

3 サービスの内容

(1) 提供するサービス内容

サービス	内 容
食事	昼食 12 時～ お茶 15 時～ 通常のお食事の他に柔らかいお食事、ミキサー食、療養食等をご用意いたします（特別なお食事が必要な方は予めお申し出下さい）
入浴	午前もしくは午後、ご本人のご希望に応じてご入浴いただきます
排泄	お身体のご状態にあわせた排泄介助を実施いたします
健康管理	ご家族や主治医、担当のケアマネージャーと連携の上で、看護職員による健康管理を実施いたします
個別機能訓練 運動器機能向上訓練	個別の機能訓練計画（運動器機能向上計画）に基づき、パワーリハビリ、グループエクササイズをはじめとして、日常生活動作やゲーム等を通じて個々にあわせたプログラムにより実施いたします

生活相談	ご利用にあたっての各種ご相談 日常生活上（ご自宅での生活を含む）についてのご相談に応じます ご遠慮なく生活相談員までお申し出下さいませ
口腔機能向上サービス	口腔機能が低下している方、又はその恐れがある方に対して、口腔機能改善の為に計画を作成し、これに基づいた適切なサービスの実施と、定期的な評価、計画の見直し等を行います。
レクリエーション	音楽レクリエーションをはじめとする施設内でのレクリエーションや外出を適宜実施いたします 外出やご希望に基づくレクリエーションは予めご相談の上、実費負担いただく場合もございます
通所介護計画書の作成	ご利用開始時には居宅介護計画書（ケアプラン）にもとづいた通所介護計画書を作成し、その内容に沿った介護をいたします 通所介護計画書の内容については、必要に応じて見直しをいたします
送迎実施地域	通常の事業の実施地域は、栄区、港南区、鎌倉市とする。 ただし、横浜市栄区は公田町、桂台、野七里、犬山、上之町、亀井町、尾月、中野、桂町、長倉町、庄戸1～5、東上郷町、上郷町、若竹町、元大橋、鍛冶ヶ谷町、鍛冶ヶ谷1.2、小菅ヶ谷1～4、小山台、柏陽、本郷台1～5、飯島町、長沼町、笠間1～5のみ。 横浜市港南区は日野南1～7、港南台2～9のみ。 鎌倉市は岩瀬1丁目、今泉台、大船1.2.5.6丁目のみとする。

(2) サービスの利用にあたっての留意事項

送迎	原則として、ご自宅の玄関から当施設までの送迎となります その他、お手伝いが必要な場合はご相談下さい
食事	昼食ならびにお茶、お茶菓子をご用意いたします 職員も一緒させていただく場合がございます
飲酒・喫煙	喫煙につきましては施設内の所定の場所にてお願いいたします 飲酒のご希望については、予めご相談ください
金銭、貴重品の管理	紛失や破損の責任は負いかねますので、なるべくお持ちにならないようお願いいたします
ご用意いただくもの	入浴時に使用するもの（化粧品、髭剃り、整髪料など）、着替え、オムツ・パット類（使用している方のみ） すべてのお持ち物と衣服にはお名前の記入をお願いいたします
入浴について	身体のご状態によって、当日の入浴の可否をきめさせていただきます また必要に応じて機械浴を用いてご入浴いただきます
医療的処置について	服薬の援助、医療的処置が必要な場合は予めご相談ください 看護職員がお手伝いさせていただきます

特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜

通所介護及び横浜市通所介護相当サービス費

2 級地 1 単位＝10.72 円

(令和 6 年 4 月基準)

区分	項目	単位	介護保険1割 適用時の 自己負担額	介護保険2割 適用時の 自己負担額	介護保険3割 適用時の 自己負担額
横浜市通所介護 相当サービス	基本 通所型独自サービス	1,798単位/月	1,928円/月	3,855円/月	5,783円/月
		1,798単位/月	1,928円/月	3,855円/月	5,783円/月
		3,621単位/月	3,675円/月	7,350円/月	11,025円/月
	加算	口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位/月	172円/月	343円/月
		栄養改善加算	200単位/月	215円/月	429円/月
		栄養アセスメント加算	50単位/月	54円/月	108円/月
		一体的サービス提供加算	480単位/月	515円/月	1,029円/月
		サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	72単位/月	77円/月	154円/月
			72単位/月	77円/月	154円/月
			144単位/月	154円/月	308円/月
通所介護	基本	要介護 1	629単位/日	675円/日	1,349円/日
		要介護 2	744単位/日	798円/日	1,595円/日
		要介護 3	861単位/日	923円/日	1,846円/日
		要介護 4	980単位/日	1,051円/日	2,101円/日
		要介護 5	1,097単位/日	1,176円/日	2,352円/日
	加算	入浴加算	40単位/日	43円/日	86円/日
		個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76単位/日	81円/日	162円/日
		個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/日	22円/日	43円/日
		口腔機能向上加算	160単位/月	171円/月	343円/月
		サービス提供体制加算（Ⅱ）	18単位/日	19円/日	38円/日
		送迎減算	-47単位/日	-51円/日	-101円/日
共通		科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40単位/月	43円/月	86円/月
		介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	総単位数 × 9.0%	総単位数×9.0% × 10.72の1割	総単位数×9.0% × 10.72の2割

○その他費用

食事代	610円（1食あたり）
おやつ代	100円（1日あたり）
教養娯楽費	お客様のご希望によりレクリエーションや外出行事に参加していただく事ができます。 その際材料費等の実費を頂く場合があります。
交通費	通常の事業の実施地域を越えた所から、片道1kmごとに35円別途料金をお願いしております。

【1ヶ月のご利用料概算】

ご利用曜日 月・火・水・木・金・土・日	a：単位・円	b：利用 回数	c：合計単位 (月) (a×b)
一日のご利用料 事業対象者・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	単位	回	単位
入浴加算	40 単位	回	単位
	単位	回	単位
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ(要介護)	76 単位	回	単位
個別機能訓練加算（Ⅱ）(要介護)	20 単位	回	単位
栄養改善加算（要支援・要介護）	200 単位	回	単位
口腔機能向上加算（要支援・要介護）	160 単位	回	単位
通所型独自一体化サービス提供体制加算※(1)	480 単位	回	単位
事業所評価加算※(2)	120 単位	回	単位
送迎減算	－47 単位	回	単位
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）※ (3)	18・72・144 単位	回	単位
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40 単位	回	単位
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	上記で算定する単位合 9.0%		単位
単位合計	d：		単位
d×10.72 円	e：		円
e×0.9 又は 0.8 又は 0.7（介護保険分）	f：		円
e－f（自己負担分）	g：		円
昼食代 希望（する・しない）	610 円	回	h： 円
お茶・お菓子代 希望（する・しない）	100 円	回	i： 円
1ヶ月のご利用料金（概算）	g＋h＋i＝ 円		

※ (i) 個別機能訓練、口腔機能向上サービス、栄養改善サービスのうち3種類のプログラムを実施した方が対象になります。

※ (ii) 利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上になった場合算定いたします。

※ (iii) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）は要支援1の方は72単位、要支援2の方は144単位、要介護の方は18単位です。

(2) キャンセル料について

- ・利用をお休みされる場合は、当日の午前8時半までに施設までご連絡をお願いいたします。
ご連絡なきキャンセルの場合は、一日のご利用料の50%をキャンセル料として請求させていただきます。但し、お客様の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

(3) 料金の支払方法

- ・毎月、15日までに前月分の請求書を送付いたします。
- ・お支払い方法は、原則として口座自動引落しをお願いいたします。
- ・口座自動引落しは毎月27日となっております。お支払後、翌月の請求書とともに領収書を発行し送付いたします。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ①まずは、お電話等で見学のお申し込みをお願いいたします
- ②当施設の職員が施設のご案内ならびに概要のご説明をいたします
※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、ご利用にあたり、必ず担当の介護支援専門員とご相談下さい
- ③お申し込みに必要な書類を受領後、訪問調査にて状態の確認をさせていただきます
- ⑤契約後、利用開始日を双方協議の上で決定いたします

(2) サービスの終了

ア 利用者からの申し出によるサービスの終了

- ・お客様のご都合でサービスを終了する場合は書面にてご連絡をお願いいたします

イ サービスの自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が他の介護保険施設に入所した場合
- ・お客様の要介護認定区分が、「非該当（自立）」と認定された場合
- ・お客様が亡くなられた場合

ウ その他

- ・ お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、30日前に文書で通知し、利用を中止していただく場合があります。
- ・ お客様がサービス利用料金の支払を3ヶ月以上滞納し、料金を支払うようお願いしたにもかかわらず14日以内にお支払いいただけない場合は、7日前までに文書で通知し、利用を中止していただく場合がございます

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当施設のお客様相談・苦情窓口

担当者 吉田 千春（生活相談員） 苦情解決責任者 布 美枝子（管理者）

受付日 年末年始を除く毎日 受付時間 9時～17時30分

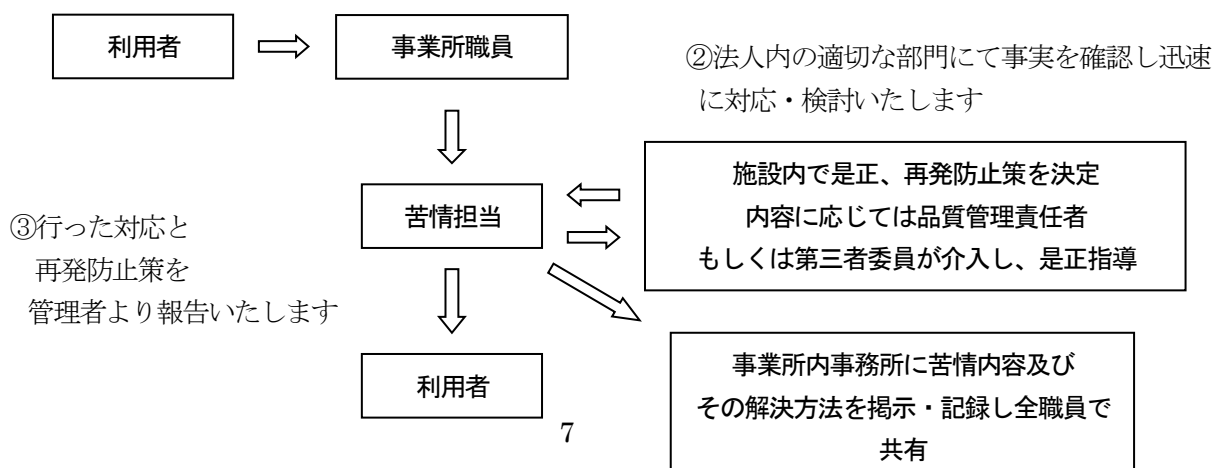
電話 クロスハート栄・横浜 045-896-1243 FAX 045-896-1235

メール k-murakami@skfch.com

***なお、施設の職員に直接苦情申し立てをご希望されない場合は、行政の苦情窓口へ直接申し立てをすることもできます。**

(2) 苦情処理体制

- ①お気づきになったことを職員にお申し付け下さい



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます

横浜市栄区高齢・障害支援課 電話 045-894-8547

横浜市港南区高齢・障害支援課 電話 045-847-8495

横浜市戸塚区高齢・障害支援課 電話 045-866-8452

鎌倉市役所高齢いきいき課 電話 0467-61-3947

神奈川県国民健康保険団体連合会 電話 045-329-3447

横浜市健康福祉局介護事業指導課 電話 045-671-2356

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、下記に記載のある 主治医もしくはご家族へ連絡をいたします (以下、ご記入ください)

主治医	氏名			
	所属		電話番号	
ご家族 (緊急連絡先)	氏名			
	自宅 電話		携帯番号	

8 事故発生時の対応

- ・ サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族に連絡を行います。
- ・ また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- ・ なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に生じた損害については施設は直ちに必要な措置を講ずるとともに法的な責任を負う場合は相当因果関係の範囲以内において賠償するものとします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、お客様に故意又は過失が認められた場合又はお客様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合は施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

9 非常災害対策

防災設備	火災報知器、煙感知器、火災受信機、消火器、避難誘導灯
防災訓練	年に2回 昼と夜を想定して実施
防火責任者	佐藤 弘子

10 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者ならびに退職した従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

【説明確認欄】

通所介護および第一号通所事業の提供開始にあたり、利用料の支払い方法も含め利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明し、交付いたします。

事業者所在地 横浜市栄区公田町1020番地5
名 称 クロスハート栄・横浜 デイサービス

管理者 布 美枝子

説明年月日 令和7 年 月 日

説明者 _____

通所介護および第一号通所事業所の提供開始にあたり、利用料の詳細支払い方法も含め本書面に基づく重要な事項の説明と交付を受け、利用の開始に同意します。

(ご利用者) 住所 _____

氏名 _____

代筆の場合は代筆者と利用者との続柄を記載)

氏名 _____

続柄 _____

保証人・法定後見人 (どちらかに○をお付けください)

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

※ 保証人または法定後見人については、「通所介護契約書」第3条(保証人または法定後見人)をご参照の上で該当する場合のみご記入ください
(保証人とご家族が同一の場合は、ご家族欄のみで結構です)

個人情報の取り扱いについて

社会福祉法人伸こう福祉会、クロスハート栄・横浜デイサービスは個人情報の取り扱いについて、以下のとおり公表いたします：

1 使用目的

- (1) サービス計画の立案のため。
- (2) 円滑なサービス提供のために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (3) サービス提供事業者、行政機関及び民生委員等との連絡調整のため。
- (4) ご家族等へのご利用者の身体状況等の説明のため。
- (5) かかりつけの医療機関からの意見、助言を求める場合。
- (6) 事故、災害及び緊急を要するとき等におけるご家族、行政機関等との連絡調整、医療機関への連絡及び保険会社への届出等のため。
- (7) 介護保険の給付管理に係る事務及び会計事務のため。
- (8) 業務の維持改善のための基礎資料として。

2 個人情報第三者への提供について

当事業所では、ご利用者の同意を得ることなく、ご利用者の個人情報を第三者に提供することはありません。

ただし、法令に基づく場合（介護保険法における不正受給者に係わる市町村への通知等）、ご利用者の生命・身体・財産の保護のために必要がある場合であって、ご利用者の同意を得ることが困難なときはこの限りではありません。

3 個人情報の取り扱いを外部の業者に委託する場合について

当事業所が保有する個人情報について、外部の業者に委託するときは、必要な契約を締結し、適切な管理・監督を行います。

4 個人情報の開示、苦情の申し立てについて

当事業所が保有する個人情報に関する開示、訂正、削除、利用停止、提供拒否及び苦情につきましては、下記の窓口で受け付けいたします。

個人情報受付担当	吉田 千春
個人情報管理責任者	布 美枝子
電話番号	045-896-1243
FAX 番号	045-896-1235

4 安全管理

当施設では、個人情報の漏洩、滅失、毀損、改ざんを防止し、安全管理を徹底いたします。また職員教育を継続し、個人情報の適切な取り扱いを指導してまいります。

以 上

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、社会福祉法人伸こう福祉会クロスハート栄・横浜デイサービスが、下記の利用目的の必要最小限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1 利用目的

- (1) サービス計画の立案のため。
- (2) 円滑なサービス提供のために実施するサービス担当会議での情報提供のため。
- (3) サービス提供事業者、行政機関及び民生委員等との連絡調整のため。
- (4) ご家族等へのご利用者の身体状況等の説明のため。
- (5) かかりつけの医療機関からの意見、助言を求める場合。
- (6) 事故、災害及び緊急を要するとき等におけるご家族、行政機関等との連絡調整、医療機関への連絡及び保険会社への届出等のため。
- (7) 介護保険の給付管理に係る事務及び会計事務のため。
- (8) 業務の維持改善のための基礎資料として。

2 使用する期間

____年 ____月 ____日から ____年 ____月 ____日まで

但し、通所介護契約書、介護予防通所介護契約書第2条第2項の規定により、個人情報の使用についても自動更新されるものと致します。

3 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方等について、経過を記録し、請求があれば開示すること。

____年 ____月 ____日

社会福祉法人伸こう福祉会 クロスハート栄・横浜 デイサービス 御中

(ご利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代筆の場合は代筆者名と利用者との続柄

氏名 _____ 続柄 _____

(ご利用者の家族) 住所 _____

又は※

氏名 _____ 印 _____

(保証人・法定後見人) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

ご家族または保証人・法定後見人いずれか1名以上がご記入下さい

利 用 料 金 の 請 求 ・ お 支 払 い に つ い て

当事業所においては、施設利用料金を以下のごとく清算し、ご請求いたします。

<請求書の発行>

- 毎月末に清算し、翌月 15 日から 20 日の間にご指定のご家族宛に郵送いたします

<お支払い方法>

- 横浜銀行より自動引き落としさせていただきます
- 大変お手数ですが、預金口座振替依頼書を記入・捺印の上で、利用開始時に施設に提出をお願いいたします（口座振替成立までに 3 ヶ月程度かかりますので、その間は指定口座にお振込みをお願いいたします）

振替銀行： 横浜銀行（浜銀ファイナンス）

引落日： 毎月 27 日（土・日・祝日の場合は銀行翌営業日）

通帳表示： シンコウフクシカイ

<領収書の発行>

- 前月分の領収書を翌月の請求書に同封してお渡しいたします
- 領収書を紛失された場合は、1 回につき発行させていただきますので、お申し出下さい。

上記の内容および請求についてご不明な点につきましては、施設の管理者までお問い合わせ下さいませ。

請求書送付先 住所 _____

利用料金支払い者名（支払口座名義） _____

支払い者の利用者との続柄 _____

年 月 日

記入者氏名 _____ 印

利用者との続柄 _____

利用者の急変時に関する意思確認書

当事業所のご利用中に予期せぬ状態で容態が急変した場合は、以下の対応を望みます：

1. 利用者が呼吸困難、意識喪失、心臓麻痺等により急激に容態悪化（心肺停止の危機）に陥った場合は：（該当するものに○をした上で、必要事項を記入）

1) _____ 病院に救急車搬送を希望

2) 家族に連絡をして、その指示に従っての対応を希望

①氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 昼間の連絡先 _____

携帯電話 _____

②氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 昼間の連絡先 _____

携帯電話 _____

2. 家族・後見人に連絡がつかない場合：（該当するものに○）

1) 救急車搬送の判断、手続き、移送を事業所に一任する

→搬送先での延命治療（気管挿管等）の実施 希望する 希望しない

2) 連絡がとれるまでは施設内に待機とする

年 月 日

クロスハート栄・横浜 デイサービス 管理者 殿

氏名 _____ 印

本人との続柄 _____

本書は利用者ご本人、保証人または法定後見人いずれか意思決定が出来る方がご記入下さい